

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ВИШНЕВСЬКИЙ ПАВЛО СЕРГІЙОВИЧ

Допускається до захисту
завідувач кафедри біофізики,
к.х.н., доцент

Доценко О. І.
« » 2024

ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕТЕРМІНАНТ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я
ЖІНОК

Спеціальність 101 Екологія

Магістерська робота

Науковий керівник:
Доценко О.І. завідувач кафедри
біофізики.....,
к.х.н., доцент

Оцінка: / /

(бал/за шкалою ЄКТС/за національною шкалою)

Голова Е.К.: _____

(підпис)

Вінниця 2024

Вишневський П.С. Дослідження детермінант репродуктивного здоров'я жінок. 101 Екологія. Донецький національний університет імені Василя Стуса. Вінниця. 2024.

На основі опитування 65 жінок репродуктивного досліджено вплив детермінант здоров'я на здоров'я жінок репродуктивного віку. Показані зв'язки між показниками репродуктивного здоров'я та поведінкою самозбереження. Проведена оцінка рівня тривожності та депресії у опитаних жінок. Проаналізовані можливі зв'язки між рівнем психічних розладів та показниками стану здоров'я.

Проведені дослідження показали, що переважна більшість дорослих українців не готові брати на себе відповідальність за збереження та зміцнення стану свого здоров'я й робити вибір на користь здорового способу життя і профілактичних заходів. У зв'язку з цим виникає необхідність здійснення широкої роз'яснювальної роботи серед жінок.

Vyshnevskiy P.S. Research on determinants of women's reproductive health. 101 Ecology. Vasyl' Stus Donetsk National University. Vinnytsia. 2024.

Based on a survey of 65 women of reproductive age, the influence of health determinants on the health of women of reproductive age was investigated. The links between reproductive health indicators and self-preservation behavior were shown. The level of anxiety and depression in the surveyed women was assessed. Possible links between the level of mental disorders and health indicators were analyzed.

The conducted studies showed that most adult Ukrainians are not ready to take responsibility for preserving and strengthening their health and make a choice in favor of a healthy lifestyle and preventive measures. In this regard, there is a need for extensive explanatory work among women.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ. ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕТЕРМІНАНТ ЖІНОЧОГО ЗДОРОВ'Я	
1.1. Вплив екологічних чинників на репродуктивне здоров'я.	6
1.2. Соціальні детермінанти здоров'я та шкідливі звички	13
1.3. Психологічні аспекти порушення репродуктивної сфери жінки	23
1.4. Метаболічний синдром і ожиріння	29
1.5. Раціональне харчування і фізична активність жінки	35
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1. Характеристика груп та методів дослідження	42
2.2. Методи статистичного аналізу анкетних даних	45
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	
3.1. Оцінка репродуктивного здоров'я опитаних жінок	48
3.2. Оцінка фізичного здоров'я жінок репродуктивного віку та поведінка самозбереження	53
3.3. Соціально-психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку	56
ВИСНОВКИ	46
СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	49

ВСТУП

Детермінанти здоров'я включають широкий спектр факторів, що впливають на стан здоров'я окремих осіб, груп населення і суспільства в цілому. Ці фактори можуть бути індивідуальними (наприклад, генетичні характеристики, спосіб життя), соціальними (економічний статус, освіта, доступ до послуг охорони здоров'я), екологічними (якість повітря, вода, доступність зелених зон) та економічними (доходи, рівень безробіття) [1- 4].

Громадське здоров'я є критично важливим ресурсом для стабільності держави і економічного розвитку. Високий рівень здоров'я населення свідчить про ефективність системи охорони здоров'я, а також про успішність політик усіх сфер державного управління, оскільки здоров'я має взаємозв'язок з економічними та соціальними показниками. Тому пріоритетна увага до громадського здоров'я є важливою складовою стратегій розвитку кожної країни [5, 6].

Покращення жіночого здоров'я вимагає розуміння детермінант хвороби, функціонування та благополуччя, а також здатності втручатися у детермінанти [3, 4, 7]. Втручання може відбуватися на будь-якому рівні від осередків до спільнот. Деякі детермінанти пов'язані з конкретними розладами; інші мають широкий вплив. У той же час важливо досліджувати медико-соціальні фактори ризику репродуктивних порушень і втрат.

Існує декілька підходів для ілюстрації детермінант здоров'я населення. Хоча вони не є специфічними для жінок, вони корисні для опису різних факторів жіночого здоров'я [7]. Моделі детермінант здоров'я загалом відрізняють характеристики індивідуального рівня (такі як біологічні, фізіологічні чинники та поведінка, пов'язана зі здоров'ям) від більш ширших детермінант (таких як екологічні та соціальні детермінанти), у яких розвиваються та виражаються характеристики індивідуального рівня. Деякі детермінанти можуть діяти на більш ніж одному рівні, і більшість результатів для здоров'я будуть пов'язані з детермінантами більш ніж одного рівня [4, 7].

Приймаючи до уваги думки сучасних демографів, медиків і соціологів, можна зазначити, що оцінка репродуктивного потенціалу повинна бути всебічною

і багатоаспектною, щоб відобразити дію основних факторів, які їх формують, і дати можливість складання прогнозу відтворення населення. Ця інтегративна оцінка повинна характеризувати медико-демографічну ситуацію з урахуванням особливостей репродуктивного здоров'я, репродуктивних властивостей і детермінуючих їх факторів. Виходячи з цього, розгляд її характеристик дозволить об'єктивно оцінити наявні ресурси вікової групи 18-35 років, що найбільш активно беруть участь у формуванні відновних потенціалів, оптимізувати та розробити систему заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я та персоніфікованих прогнозів репродуктивних можливостей відповідно до основних вимог сучасної медицини (профілактична, прогнозуюча, персоніфікована, підвищеної ступеня точності) [8]. Це визначає актуальність теми цього дослідження.

Мета магістерської роботи полягала у дослідженні впливу детермінант здоров'я на здоров'я жінок репродуктивного віку.

Задачі дослідження:

1. Провести опитування 65 жінок репродуктивного віку та за даними анкетування оцінити репродуктивне здоров'я жінок
2. Оцінити зв'язки між показниками репродуктивного здоров'я та поведінкою самозбереження
3. Оцінити рівень тривожності та депресії у опитаних жінок. Проаналізувати можливі зв'язки між рівнем психічних розладів та показниками стану здоров'я.

Об'єкт дослідження: здоров'я жінок, репродуктивне здоров'я жінок віком 18- 45 років, що мешкають на території України.

Предмет дослідження: детермінанти здоров'я.

Методи дослідження: анкетування, статистичний аналіз результатів анкетування.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ. ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕТЕРМІНАНТ ЖІНОЧОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Вплив екологічних чинників на репродуктивне здоров'я

Стан здоров'я людини визначається взаємодією двох факторів: внутрішнього середовища організму і навколишнього оточуючого середовища.

Навколишнє середовище є складним поняттям, яке не має точної та універсальної характеристики. У випадку людини воно може включати забудовані простори, природні простори, загальне оточення, технологічні контексти тощо. Проблема забруднення навколишнього середовища виникла з розвитком промислового виробництва, особливо, ця проблема набула критичного стану в період науково технічного розвитку, коли почали використовувались транспортні засоби, почався стрімкий ріст промисловості та велике споживання електроенергії. Людина є кінцевою ланкою чисельних ланцюгів живлення, у які сама втручається під час господарської діяльності, включаючи до біологічного кругообігу екологічних систем нові хімічні засоби. Багато хімічних речовин, що мають кумулятивні властивості, накопичуються в кожному наступному ланцюзі живлення і найбільшою мірою – в організмі людини, порушуючи при цьому обмінні процеси [9].

На стан здоров'я значно впливають штучні стійкі органічні забруднювачі, які втручаються в дію гормональної ендокринної системи чи навіть руйнують її. Більшість несприятливих екологічних факторів переносяться з водою: сполуки важких металів, шкідливі органічні домішки та бактерій, солі, хлор. Вкрай небезпечні для здоров'я забруднення ґрунту, особливо промисловими і побутовими відходами, радіоактивними речовинами, гербіцидами та ін. Дуже небезпечні у сучасному світі чужорідні хімічні речовини – ксенобіотики.

Екологічні детермінанти є одним із найважливіших аспектів стану здоров'я населення різних регіонів України. Промислове виробництво, насамперед у

великих містах, сільське господарство та інші галузі економіки неминуче призводить до погіршення екологічного стану компонентів довкілля, зниження якості та тривалості життя людини та рівня екологічної безпеки населення в цілому. Не можна забувати і про довготривалі негативні наслідки Чорнобильської аварії на стан довкілля та здоров'я населення України. Все це безпосередньо впливає не тільки на здоров'я людини, але й завдає величезної шкоди економіці, різко скорочує трудові ресурси, потенційно створює канцерогенну, мутагенну, тератогенну, ембріотоксичну та гонадотоксичну загрози здоров'ю не тільки нинішніх, а й майбутніх поколінь. Посилення темпів індустріалізації та урбанізації призводять до порушення екологічної рівноваги та спричиняють деградацію не лише навколишнього середовища, а й здоров'я людей.

Відомо, що репродуктивні можливості жінки залежать від стану загального соматичного та репродуктивного здоров'я, яке формується в континуумі «дівчинка – дівчина – жінка» та залежать від сукупного впливу на різних етапах розвитку організму факторів навколишнього середовища різної природи [10].

Репродуктивна система жінки є найбільш динамічним біологічним об'єктом, який надзвичайно чутливо реагує на несприятливі зовнішні і внутрішні чинники появою нових адаптаційних реакцій, які набувають за певних умов властивостей патологічного процесу [10]. Вплив зміни клімату та навколишнього середовища на здоров'я не є нейтральним з гендерної точки зору. Жінки та дівчата більш схильні до впливу таких факторів екологічного ризику, як забруднена вода та забруднене повітря в приміщеннях. Вони стикаються з підвищеним ризиком смерті під час стихійних лих. Відмінною рисою репродуктивної системи є її спрямованість на відтворення виду, а не на підтримку гомеостазу в організмі. На здоров'я плода та дитини вплив екологічних факторів здійснюється як безпосередньо так і опосередковано через організм жінки-матері.

В даний час відомо близько 600 хімічних речовин, що впливають на репродуктивну систему жінок, що проникають від матері до плода через плацентарний бар'єр і негативно впливають на її розвиток. Численні дослідження свідчать, що здоров'я населення, що проживає на промислово-розвинених

територіях гірше, ніж у жителів, які не зазнають впливу антропогенних факторів [11]. Значна кількість досліджень та публікацій свідчить, що в даний час антропогенний фактор є основною причиною захворюваності та смертності дитячого населення [12]. Токсичні чинники викликають розвиток у дітей та підлітків стану хронічного стресу, який визначає стан їх здоров'я, у тому числі і репродуктивний [13]. На екологічно несприятливих територіях усі види патології в дітей віком зустрічаються значно частіше, ніж у інших регіонах: алергічні захворювання – більш як 5 раз, нефропатії – в 5,6 раз, вроджені вади розвитку – майже 13 раз; патології органів дихання в 2-8 разів, кількість дітей з 1-ою та 2-ою групою здоров'я в 2,2 та 1,6 рази менше [12].

За даними статистики, жіноче населення України становить 53,7% [12]. Жінки України відрізняються високим рівнем освіти та значною економічною активністю. Рівень економічної активності жінок на працездатному віці становить 77%, частка зайнятих жінок у кількості зайнятого населення – 49%. Ця ситуація свідчить про високий рівень активності жіночого населення. У репродуктивному віці (20 – 44 років) перебуває 58,8 працюючих жінок та 61 чоловік. Під впливом шкідливих факторів на репродуктивну систему людини спостерігається широкий спектр реакцій у відповідь. Так, специфічними показниками для жінки та плоду, що розвивається, є порушення менструальної функції, мимовільний аборт, безпліддя, позаматкова вагітність, пологи мертвим плодом, інші анормальні продукти зачаття; вроджені вади розвитку плода, порушення лактації у жінок, що годують; розвиток негативних ефектів у потомства, які можуть виражатися у затримці фізичного та психічного розвитку, злоякісних та доброякісних новоутвореннях у першого та наступного поколінь. Працюючі жінки піддаються впливу комплексу несприятливих факторів виробничого та навколишнього середовища, у тому числі соціального середовища [14].

Аналіз з позицій доказової медицини показав, що з підвищенням ступеня шкідливості та небезпеки умов праці зростає етіологічна частка професійної зумовленості несприятливих ефектів. Зокрема, було встановлено, що у жінок, які працюють зі шкідливими факторами, жіноча безплідність у 61% випадків

зумовлена умовами праці, внесок яких у формування міомати матки становить до 87% [14]. Репродуктивна патологія у робітниць шкідливих виробництв у 95,3% випадків розвивалася на тлі соматичних виробничо-обумовлених порушень.

Таким чином, аналіз відомостей із літературних джерел свідчить про вплив екологічних факторів на репродуктивне здоров'я підлітків, що диктує необхідність вивчення екологічної ситуації територій проживання як фактора ризику формування репродуктивного здоров'я. Разом з мінімізацією несприятливого впливу екологічних факторів, необхідно формувати у молоді валеологічного світогляду (боротьба із шкідливими звичками, здоровий спосіб життя тощо), що буде сприяти збереженню репродуктивного здоров'я.

1.2. Соціальні детермінанти здоров'я та шкідливі звички

Наукове поняття "здоров'я населення" відображає загальний стан фізичного, психологічного та соціального благополуччя всієї спільноти. Це поняття відображає різні аспекти здоров'я, які відбиваються у стані суспільства, його динаміці та різноманітних факторах, які впливають на нього [15].

Зазвичай до соціальних детермінант здоров'я відносять соціоекономічний статус (освіту, дохід, зайнятість, фах), місце проживання (власне будинок, інфраструктуру, забруднення середовища), харчування (безпеку, доступ, простоту), охорону здоров'я (доступ, фінансову доступність, якість), соціальний контекст (солідарність, соціальний капітал, соціальну підтримку) [16]. Важливими детермінантами рівності в доступі до послуг охорони здоров'я вважаються грамотність людини й населення щодо здоров'я та розбудова колективної ефективності громад. Грамотність щодо здоров'я визначена як когнітивні й соціальні навички, які визначають мотивацію та відмінності між людьми в отриманні доступу до інформації, розуміння й використання її для сприяння та підтримки здоров'я [15]. Ідентифіковані два механізми, через які грамотність щодо здоров'я реалізує свій вплив: покращення доступу до необхідної інформації та безпосередній вплив на здорові поведінкові шаблони;

грамотність щодо здоров'я виконує роль посередника між рівнем освіти та поведінкою людини.

Причини того, що в Україні відбувалося зменшення тривалості життя при зіставному з іншими країнами зростанні індексу освіти, криються у зниженні якості здобутої освіти, її слабкій орієнтації на формування системних знань про організм людини та особливості його розвитку, особистісної відповідальності загалом та у питаннях збереження власного здоров'я зокрема, зниженні загальної особистої культури поведінки, що автоматично відображається також і на навичках особистої гігієни та санітарії, а значить — поширенні різних інфекційних хвороб. Проблеми низького соціально-економічного розвитку країни призвели до тривалого недофінансування системи освіти, зменшення середньої заробітної плати педагога порівняно із середнім рівнем зарплат в Україні. У безпосередньому зв'язку з цими чинниками перебуває і зниження відповідальності за результати професійної праці викладача (вчителя), послаблення контрольної функції навчання, а, отже, й зниження загального рівня підготовки учнів і студентів, погіршення якості освіти [17].

Окремо виділяють цифрову грамотність щодо здоров'я [18]. До чинників грамотності щодо здоров'я можна віднести ставлення до стійких упереджень щодо неінфекційних захворювань, наявність шкідливих звичок, заходи особистої гігієни (як показники наявності достатньої інформації для керування здоров'ям), готовність та потребу змінити спосіб життя (СЖ), рівень фізичних навантажень (активність керування здоров'ям) та ставлення родичів до СЖ респондента, ставлення респондента до необхідності залучення дітей до здорового СЖ (наявність соціальної підтримки для здоров'я) тощо. У дослідженнях учених був оцінений вплив таких чинників, як задоволеність здоров'ям за результатами самооцінки, наявність соціальної ізоляції і підтримки, а також показники якості повітря, рівні злочинності та вживання наркотичних речовин [15]. Окремі автори вважають, що саме соціальні детермінанти (на противагу генетичним, метаболічним та поведінковим факторам ризику) є основними прогностичними факторами розвитку неінфекційних захворювань у дорослих [17]. Зокрема,

фактором впливу на здоров'я та якість життя населення є самотність і соціальна ізоляція [19].

За останні 20 років було досягнуто значного прогресу в розумінні того, як поведінка впливає на здоров'я людей, у тому числі здоров'я жінок і дівчат. Поведінка людини є одним із найбільших чинників смерті та хвороб [7].

Нікотин має значно негативний вплив на жіноче здоров'я [20]. Вдихання комплексу хімічних речовин, що є продуктами згоряння сигарети, призводить до зниження фертильності та інших порушень репродуктивної функції, включаючи ранню менопаузу або порушення менструального циклу через порушення продукції гормонів [20]. У тютюновому димі у великій концентрації міститься моноксид вуглецю (чадний газ), який знижує доставку кисню до плода, пов'язуючи гемоглобін і виключаючи його з кисневотранспортної функції крові. Щодо інших компонентів тютюнового диму (нікотин, важкі метали, такі як кадмій, свинець та ртуть, поліциклічні ароматичні вуглеводні) також доведено взаємозв'язок їх впливу з розвитком тяжких порушень репродуктивної функції. Жінки, які курять, швидше виснажують свій оваріальний резерв, що означає, що кількість запасених яйцеклітин зменшується, що може призвести до ранішої менопаузи порівняно з некурящими жінками. Також, підвищений ризик передчасної менопаузи спостерігається у тих, хто курить 10 або більше сигарет на день.

Жінки, які курять, частіше мають проблеми з зачаттям дитини. Навіть при використанні методів допоміжної репродукції шанси на вагітність у таких жінок значно нижчі. Наукові дані свідчать про те, що вдихання чадного газу призводить до зниження ваги плода і викликає розвиток психоневрологічних порушень (когнітивні та поведінкові) у дітей та підвищення ризику розвитку вроджених дефектів [21]. Куріння під час вагітності може призвести до відшарування плаценти та передлежання [22]. У синів матерів, які курили, може спостерігатися зменшення розмірів яєчок і погіршення якості сперми, а також вища ймовірність виникнення крипторхізму.

Куріння тісно пов'язане з соціально-економічним статусом [23]. Дослідження показали все більш похмуру картину наслідків куріння для здоров'я жінок і дівчат. Паління значно підвищує ризик низки серцево-судинних захворювань у жінок, включаючи ішемічну хворобу серця та інсульт [7]. У жінок, які палять і використовують оральні контрацептиви, ризик серцевого нападу ще більший; ризик серцевого нападу збільшується в 30 разів, а ризик інсульту — у 3 рази порівняно з ризиком у некурців, які використовують оральні контрацептиви [7]. Куріння є основною причиною раку легенів у жінок, причому приблизно 80% випадків раку легенів у жінок пов'язані з курінням. Зокрема, для жінок куріння підвищує ризик раку шийки матки та вульви, а також таких гінекологічних і репродуктивних ускладнень, як проблеми з менструальним циклом, зниження фертильності та передчасна менопауза [31]. Жінки в постменопаузі, які палять, відчувають прискорену втрату кісткової маси, що може призвести до підвищеного ризику остеопорозу та перелому стегна [7].

Вживання алкоголю є більш складним, ніж інші фактори ризику; дослідження показали як корисні, так і шкідливі ефекти. Надмірне вживання алкоголю та інших речовин є серйозним станом здоров'я, і, помірне вживання може вплинути на ризик інших захворювань. Чисельні дослідження щодо алкогольної та наркотичної залежності як хвороби, включаючи статеві відмінності в її біології та лікуванні, свідчать, що вживання алкоголю є більш загальною детермінантою жіночого здоров'я [7].

Хоча чоловіки частіше, ніж жінки, вживають алкоголь і вживають його у великих кількостях, відмінності в будові тіла та хімічному складі призводять до того, що жінкам потрібно більше часу, щоб розщепити алкоголь і вивести його з організму. Крім того, жінки, особливо жінки похилого віку, зазвичай мають нижчу масу тіла, ніж чоловіки. При вживанні рівних кількостей алкоголю в крові жінок спостерігається вищі концентрації алкоголю, ніж у чоловіків, і негайні ефекти виникають швидше та тривають довше [7]. Крім того, хоча жінки зазвичай починають вживати алкоголь пізніше, ніж чоловіки, вони швидше (телескопічно) переходять до залежності та прояву пов'язаних з цим несприятливих наслідків для

здоров'я [25]. Вживання алкоголю жінками має деякі унікальні особливості, включаючи більше одночасних психологічних і медичних проблем, які можуть бути більш вираженими, ніж у чоловіків.

Помірне споживання алкоголю асоціюється зі зниженим ризиком серцевих захворювань у жінок [7]. Однак лише один алкогольний напій на день може збільшити ймовірність розвитку раку молочної залози у жінки, особливо якщо вона перебуває в постменопаузі або має сімейну історію раку молочної залоз. Схоже, що жінки більш схильні до захворювань печінки та серця, пов'язаних із вживанням алкоголю, ніж чоловіки, хоча в середньому жінки п'ють менше.

Лікарі завжди розглядали проблему впливу вживання алкоголю на жіноче здоров'я, насамперед на репродуктивну функцію. При систематичному прийомі спиртних напоїв під час вагітності зростає ймовірність розвитку патологій плода і навіть викидня. У молодих жінок алкоголізм викликає порушення менструального циклу та підвищує ризик небажаної вагітності. Одним із пріоритетних завдань сфери охорони здоров'я у будь-якій країні, яка стурбована зниженням рівня дитячої смертності, погіршенням стану здоров'я та старінням нації, є профілактика та лікування жіночого алкоголізму [7].

Проблемі репродуктивного здоров'я присвячено ряд досліджень [26]. Автори констатують, що в умовах сьогодення 88% дівчат і 100% юнаків позитивно ставляться до дошлюбних статевих стосунків. Досвід випадкових статевих контактів зареєстрований серед 35-40% учнівської молоді, приблизно 60% вважають своє статеве життя регулярним, біля 50% вказують на часті зміни сексуальних партнерів. Серед дівчат, які живуть статевим життям, лише 55% регулярно використовують запобіжні засоби. Це призводить до вкрай високої кількості абортів у неповнолітніх, поширеності венеричних хвороб і зростання числа неповнолітніх матерів. Аборт є одним із визначальних факторів і залишається поширеним методом контролю народжуваності для українських жінок, кількість абортів у 1,2 рази перевищує кількість пологів. В Україні аборт закінчується 92% незапланованих вагітностей, за рік реєструється 230 тисяч випадків штучного переривання вагітності, з них 5 тисяч – серед дівчат-підлітків

віком 15–17 років і близько 100 – серед дівчат до 14 років [26]. Для порівняння, у Франції та Німеччині цей показник становить 0,25, а в Японії – 0,06. Крім того, аборти негативно впливають на репродуктивне здоров'я жінки, призводять до безпліддя та викиднів, а в 5 випадках (з 10 000 абортів) ця процедура призводить до смерті [26].

Стан репродуктивного здоров'я людини тісно пов'язаний із різнобічними аспектами планування сім'ї. Адже основи здоров'я людини, зокрема репродуктивного, закладаються при зачатті. Останнім часом має місце поширеність соціально-небезпечних хвороб, що передаються статевим шляхом. Як наслідок, спостерігається значне погіршення репродуктивного здоров'я. Результати анкетування [26] із виявлення знань щодо впливу таких інфекцій на стан здоров'я молоді показали, що більшість опитаних (96,7%) вказали, що це інфекційні захворювання, які створюють загрозу для здоров'я. Проте, поряд із цим лише 30,2% студентів вказали на існування сучасних інфекційних захворювань (хламідіоз, мікоплазмоз, гарденельоз і т. п). На основі проведеного дослідження визначено, що рівень обізнаності студентської молоді щодо індивідуального репродуктивного здоров'я є низьким.

Поряд з цим, за даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», від часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. і до 2018 р. включно в Україні офіційно зареєстровано 333 716 нових випадків ВІЛ-інфекції та 48 456 смертей від захворювань, обумовлених СНІДом [27]. Починаючи з 1996 р., в Україні зафіксована концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції. Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 до 2007 рр. включно був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У 2008 р. відбулася зміна шляху передачі – переважання статевого шляху над парентеральним, і в структурі шляхів передачі ВІЛ питома вага статевого шляху невпинно зростала – з 29,8% у 2001 р. до 46,9% у 2007 р. та 75,4% у 2018 р. [1].

1.3. Психологічні аспекти порушення репродуктивної сфери жінки

У якості компонентів психологічного благополуччя прийнять розглядати ступінь задоволення основних потреб, характер міжособистісних відносин та суб'єктивне сприйняття людиною соціального середовища. Таким чином, психологічний добробут – інтегральний показник ступеня спрямованості людини на реалізацію основних компонентів позитивного функціонування.

Велика кількість досліджень пов'язує стрес і хворобу. Стрес — це стан, який виникає, коли люди стикаються із загрозою, якій вони відчують нездатність протистояти [7].

Значна частина досліджень вивчала короточасний вплив гострого стресу на біологічні процеси, такі як артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, кортизол і прозапальні цитокіни, тоді як останні дослідження вивчають вплив хронічного стресу на здоров'я [28]. Виникнення загрозової ситуації саме по собі не породжує стрес; останній виникає лише тоді, коли людина не має належних ресурсів для боротьби з ним. Зіткнення із загрозами, які можна контролювати або усунути, зазвичай сприймається як виклик, а не як загроза, і має іншу фізіологічну реакцію. Відповіді на виклик характеризуються підвищенням серцевої діяльності, більшою екскрецією адреналіну та більшою вазодилатацією. Навпаки, реакції на загрозу залучають гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову (НРА) вісь і супроводжуються більшою екскрецією кортизолу та норадренарену та більшою вазоконстрикцією. Накопичення даних свідчить про те, що хронічний стрес прискорює процес старіння та скорочує тривалість життя [29].

Дівчата та жінки репродуктивного віку частіше піддаються психологічним, фізичним та фізіологічним стресам, що посилює проблеми з репродуктивним здоров'ям [30]. Негативні життєві події викликають утворення активних форм кисню (АФК; рис.1.1), а також вивільнення кортизолу, який пригнічує біосинтез естрадіолу-17 β в яєчнику, що призводить до зменшення кількості та низької якості ооцитів.

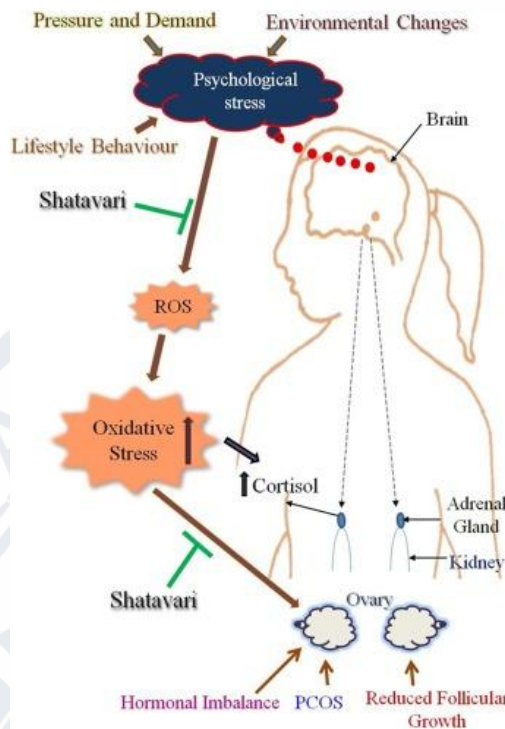


Рис. 1.1. Схематична діаграма негативного впливу стресу на яєчники. Тиск і попит, зміни навколишнього середовища та способу життя призводять до психологічного стресу. Психологічний стрес збільшує активні форми кисню (АФК) і, отже, окислювальний стрес (ОС), що негативно впливає на фізіологію яєчників [30].

Стрессова дія, реалізуючись через гіпоталамо-гіпофізарну систему, призводить до порушення утворення доміантного фолікула і, як наслідок, формування ановуляторного циклу, а на рівні яєчників сприяє розвитку окислювального стресу з подальшою неповноцінною лютеїнізацією та погіршенням якості ооцитів [31].

Доведено, що стрес має особливе значення в появі терміну менархе [32, 33]. Посилююче значення набуває в цьому періоді зростання психотравмуючих ситуацій у обстежених пацієнток. Прийнято вважати, що психофізіологічна реакція на різні стресові дії стереотипна, але розвиток порушень при дії стресу визначається по Selye теорією «слабкої ланки» або «слабого органу». Доведено, що ефект стресу залежить не від сили впливу, а від сприйняття його людиною. Ця обставина набуває особливого значення для підлітка. У даних обставинах незначні, на думку дорослих людей події у підлітків можуть набувати сили стресу. Відомо, що підлітки порівняно з дорослими легше переносять катастрофи і

стихійні лиха і дуже сильно реагують на конфліктні ситуації, осіб, що стосуються їх, втрату близьких, розлучення батьків тощо. З огляду на це особливе місце в підлітковій психіатрії займають психогенні чинники в мікросоціальному середовищі [34]. Вже в цей період життя у пацієнток з'являються обмінно-ендокринні порушення у вигляді ожиріння в 25,6%, яке може прогресувати і до закінчення статевого дозрівання.

За останні 20 років стало більше відомостей про наслідки повторного впливу стресу, особливо хронічного стресу, пов'язаного з соціальним неблагополуччям [28]. Також було досягнуто успіхів у розумінні відмінностей у тому, як чоловіки та жінки реагують на стрес, що має наслідки для здоров'я. Наприклад, одна гіпотеза полягає в тому, що жінки частіше, ніж чоловіки, реагують на загрози не реакцією «тікай чи бийся», а реакцією «доглядай і товаришуй», яка включає окситоцин, статеві гормони та ендogenous опіоди, і це збільшує парасимпатичну відповідь при одночасному зниженні симпатoadреналової та НРА активності. Реакція «доглядай і товаришуй» може захистити жінок від деяких несприятливих наслідків стресу [7]. Оскільки переважаючою моделлю реакції на стрес є чоловіча модель, жіночим контррегуляторним процесам приділялося менше уваги, і є менше даних про те, якою мірою вони діють.

Жінки часто відчують стрес, пов'язаний з доглядом, що може позначитися на організмі. Наприклад, особи, які здійснюють догляд, показали значно слабшу реакцію антитіл протягом кількох місяців після отримання щеплення від пневмонії, ніж ті, хто ніколи не доглядав, і ті, хто доглядав, але більше цього не робить [7]. Стрес, пов'язаний з доглядом, можна побачити навіть на клітинному рівні, що відображається на довжині теломер. Матері хворих дітей, які виявляли психологічний дистрес, мали значно коротші теломери, ніж інші жінки; різниця була еквівалентна 9 рокам витримки. Довжина жіночих теломер була значною мірою пов'язана з кількістю років, протягом яких вони виконували роль доглядальниці. Висновок був відтворений на вибірці чоловіків і жінок, які доглядають за пацієнтами з деменцією типу Альцгеймера. Опікуни мали коротші

теломери (еквівалент 4–8 років старіння), сильнішу депресію, вищі концентрації цитокінів і менше лімфоцитів, ніж особи відповідного віку та статі, які не доглядали [35].

Соціальні зв'язки є важливим ресурсом для буферизації стресу. Люди — соціальні тварини, і наші зв'язки один з одним можуть бути джерелом комфорту, а також джерелом конфлікту. Літературні джерела свідчать, що соціально ізольовані люди мають підвищений ризик смерті від багатьох причин і що ті, хто більше залучений у соціальні стосунки, загалом здоровіші [7].

Шлюб є важливою соціальною роллю, яка може бути джерелом як підтримки, так і конфлікту. Одруження постійно пов'язане з покращенням здоров'я чоловіків, але меншою мірою – жінок. Наприклад, під час аналізу Framingham Offspring Study, Eaker та його колеги (2007) виявили, що одружені чоловіки (середній вік на початку дослідження 48,8 року) мають вдвічі менше шансів померти протягом 10 років спостереження порівняно з неодруженими чоловіками, але виявили відсутність користі від шлюбу для жінок.

Оскільки все більше жінок працюють, з'являється все більше досліджень щодо можливих конфліктів між роботою та домашніми ролями. Працюючі жінки можуть відчувати конфлікти на роботі та вдома, але вони також отримують користь від додаткових соціальних ролей, які надає їм їхній робочий статус [36]. Переваги роботи залежать від характеристик робочого середовища, включаючи вплив фізичних або хімічних небезпек і психосоціальних факторів, таких як баланс зусиль і винагороди та свободи прийняття рішень. Незважаючи на те, що багато відомо про вплив робочого середовища на здоров'я, порівняно мало робіт порівнюють вплив умов праці на здоров'я жінок і чоловіків.

Залишаються важливі прогалини в розумінні впливу соціальних зв'язків на здоров'я жінок. Про статеві відмінності щодо впливу соціальних зв'язків (окрім шлюбу) на здоров'я відомо відносно мало.

Насильство щодо жінок у наші дні є одним із основних соціальних механізмів, за допомогою якого жінок змушують займати підлегле становище порівняно з чоловіками. Жінки, які зазнають насильства, частіше страждають від

психічних, репродуктивних та сексуальних порушень здоров'я. У жінок, які зазнавали фізичного чи сексуального насильства, вищий показник психічних розладів, незапланованої вагітності, абортів та викиднів. Дуже важливо, щоб працівники охорони здоров'я пройшли належну підготовку та змогли надати ефективну допомогу та моральну підтримку, а для забезпечення безпеки та конфіденційності в закладах охорони здоров'я та соціальних служб було створено всі необхідні умови [31]. Жінки є особливо вразливими під час гуманітарних криз, коли часто стають жертвами зґвалтування, наражаються на підвищений ризик насильства з боку інтимних партнерів, ризик бути залученими до торгівлі людьми і можуть не мати доступу до базового медичного обслуговування.

На появу стресу впливають неблагополучне соціально-економічне становище, шкідливі залежності (куріння, алкоголь, наркотики), депресія, нервові ситуації у сім'ї та роботі, несприятливе довкілля, незбалансоване харчування, психоемоційний стрес. Стрес від перевантажень на роботі посилюється недостатнім відпочинком.

Післяпологова депресія одна із найчастіших психічних розладів і з високої соціальної значимості цієї патології належить до пріоритетних проблем як медицини, а й суспільства загалом. Тривога, страхи, емоційна лабільність і порушення сну, які супроводжуються депресією, у результаті виявляються зниженням якості життя, порушенням батьківського інстинкту, соціальної дезадаптації і є чинниками, які вкрай несприятливо впливають в розвитку сімейних відносин. Наявність післяпологової депресії супроводжується підвищенням ризику самогубств, що у важких випадках становить загрозу як матері, так новонародженого. В силу медичних, культурних і ментальних традицій, що склалися в нашій країні, діагностика, стратифікація факторів ризику, діагностика та лікування післяпологових депресій викликають певні труднощі. Негативні наслідки депресивних станів часто призводять до соціальної ізоляції, а важких випадках — смерті.

1.4. Метаболічний синдром і ожиріння

У близько 30% населення планети діагностують ожиріння, з них 16,8% – жінки. Поширеність метаболічного синдрому серед жінок репродуктивного віку становить від 6% до 35%, а в найближчі 25 років очікується збільшення темпів його зростання на 50%. Частота порушень репродуктивної функції при даній патології становить приблизно 30–35%, а у 70% жінок виникають рецидивні гіперпластичні процеси репродуктивних органів, частота ранніх втрат вагітності зростає до 40–50% [29]. При цьому, як правило, розлади репродуктивної функції поєднуються зі змінами нейроендокринної регуляції вуглеводного та жирового обмінів у вигляді різних варіантів нейроендокринних порушень у жінок з метаболічними порушеннями, частіше у вигляді ожиріння [37, 38].

Неінфекційні захворювання, зокрема ожиріння, залишаються основною причиною смерті жінок у глобальних масштабах. Так, у 2015 р. з цієї причини сталося 18,9 мільйона випадків смертей у світі [39]. В Україні наявна ситуація з надлишковою масою тіла також є несприятливою. Ця проблема характерна для більшої половини дорослого населення України, причому поширення ожиріння серед жінок у 1,7 разів вище, порівняно з чоловіками через відмінності в структурі і функціях чоловічого та жіночого організму [39]. Встановлено, що кожні 10 років кількість осіб із надмірною масою тіла збільшується на 10%. За даними статистичних досліджень, жінки більш схильні до надмірного набору ваги порівняно з чоловіками, у зв'язку з чим до 2025 р. очікується збільшення частоти ожиріння серед жіночого населення до 50% [40].

Ожиріння є екстремальним чинником, що впливає на репродуктивну функцію жінок. Ожиріння є надмірним накопиченням в організмі жирової тканини, що призводить до збільшення маси тіла на 20% і більше. Основною умовою збільшення маси тіла є тривале перевищення надходження ззовні енергії, необхідної організму підтримки основного обміну. У нормі кількість жиру в організмі жінки становить 20-30% маси. Збільшення змісту до 31-33% є прикордонним станом [38-40].

За наявності ожиріння в організмі жінки мають місце запальні процеси. Інтерлейкін-6 і фактор некрозу пухлини α є цитокінами, які знижують продукування білків (зокрема глобуліну, що зв'язує статеві гормони) печінкою.

Фактор некрозу пухлини α продукується багатьма типами клітин, включаючи макрофаги, лімфоцити та адипоцити [40]. Макрофаги, кількість яких збільшується при ожирінні, є основним джерелом некрозу фактора пухлини α . Крім того, показано, що статеві стероїди можуть впливати на синтез фактора некрозу пухлини α .

Підвищення внутрішньофолікулярного вмісту андрогенів порушує зростання фолікулів, сприяє розвитку хронічної гіперандрогенної ановуляції та патології ендометрію. Абдомінальний тип ожиріння у жінок репродуктивного віку, на думку ряду авторів, призводить до оваріальної гіперандрогенії та метаболічного синдрому. Вважають, що основною причиною порушень репродуктивної системи при ожирінні є вплив інсуліну на яєчники. Інсулін, будучи синергістом лютеїнізуючого гормону, сприяє активізації функції клітин теки та гормон-продукуючої стромы. Інсулінорезистентність проявляється у жінок ановуляцією, синдромом полікістозних яєчників, вірилізацією та гіперпластичними процесами в гормонозалежних органах та тканинах [39, 41]. Підвищення внаслідок гіперінсулінемії внутрішньофолікулярного вмісту андрогенів призводить також до порушення росту фолікулів, процесу овуляції, функції жовтого тіла. Одним із найпоширеніших наслідків ановуляції при метаболічному синдромі є залізисто-кістозна гіперплазія ендометрію (ГПЕ) [39-42].

Інсулінорезистентність та гіперінсулінемія, пов'язані з ожирінням, призводять до зниження утворення в печінці глобуліну, що зв'язує статеві гормони та підвищення біологічної активності тестостерону [42]. Низький рівень глобуліну, що зв'язує статеві гормони поряд із збільшенням периферичної ароматизації андрогенів у жировій тканині спричиняють підвищення рівнів вільних естрогенів, що сенсibiliзує гіпоталамо-гіпофізарну систему. В результаті спостерігається підвищення рівня гонадоліберин-релізінг -гормону та частоти

виділення лютеїнізуючого гормону, а також зниження секреції фолікулостимулюючого гормону, що ускладнює рекрутування фолікулів та овуляцію [43].

Полікістозні яєчники мають підвищену чутливість до інсуліну, наявність синдрому полікістозних яєчників сприяє порушенню внутрішньоклітинної передачі сигналу інсуліну, а ожиріння, у свою чергу, посилює зниження тканинної чутливості до інсуліну. При цьому інсулінорезистентність та супутня їй гіперінсулінемія розглядаються багатьма авторами як один із ключових факторів патогенезу хронічної ановуляції [44].

В осіб, які страждають на ожиріння, дуже часто виявляється гіперлептинемія, тобто, у більшості спостережень ожиріння обумовлено наявністю резистентності до лептину. Гіперінсулінемія збільшує вміст лептину за допомогою зниженої регуляції кількості рецепторів до лептину в гіпоталамусі. Відомо [40, 41], що ожиріння поєднується з помірним підвищенням рівня кортизолу, який як контррегулярний гормон сприяє розвитку резистентності до лептину. Роль лептину в патогенезі інсулінорезистентності також не викликає сумніву, оскільки є експериментальні підтвердження погіршення чутливості до інсуліну при введенні в організм лептину.

Ендокринно-метаболічні зрушення в організмі жінки продовжують залишатись об'єктом пристальної уваги дослідників різних спеціальностей в зв'язку з його вираженим впливом на якість життя пацієнток у всі вікові періоди. Довготривале ожиріння є однією з основних причин розвитку захворювань серцево-судинної системи, цукрового діабету, онкологічної патології [38]. При цьому збільшується рівень естрогенів в периферійній крові і за рахунок їх посиленого синтезу в жировій тканині шляхом ароматизації циркулюючих в крові андрогенів за допомогою яєчникових ароматаз.

Частота ендокринної безплідності у жінок з ожирінням складає близько 35% в порівнянні з 19% у жінок з нормальною масою тіла. На фоні гіперестрогенії та про-гестерондефіцитного стану подовжується час проліферації ендометрія, що

призводить до розвитку його гіперплазії та клінічно проявляється дисфункціональними матковими кровотечами у 50-60% випадків [38].

Надлишкова маса тіла та ожиріння негативно впливають і на генеративну функцію. Значно зросла частота невиношування вагітності, що обумовлено наявністю як яєчникової гіпераандрогенії, так і гіперінсулінемії. Ожиріння збільшує не тільки кількість ранніх втрат вагітності -25-37%, а й передчасних пологів - біля 30% випадків. У жінок з ожирінням та синдромом полікістозних яєчників частота невиношування вагітності сягає 40-50%. Ожиріння також може сприяти і переносуванню вагітності - важкому ускладненню як для матері, так і для плода [38].

Ожиріння, інсулінорезистентність є вагомими факторами ризику гестаційного діабету (діабету вагітних). Під час вагітності у жінок з надмірною масою тіла та ожирінням відмічають наявність виражених гемодинамічних порушень: гіперкоагуляція, гіпертонія, порушення серцевої діяльності. Ожиріння є незалежним фактором ризику виникнення фетоплацентарної дисфункції, преєклампсії.

1.5. Раціональне харчування і фізична активність жінки

Серед усіх факторів здоров'я, що впливають стан здоров'я і характер захворювань індивіда та населення, харчування та фізична активність є, мабуть, найважливішими [45].

За результатами аналізу даних 195 країн з 1990 по 2017 рік щодо впливу харчування на здоров'я людини [45] кожна п'ята смерть у світі відбувається саме тому, що люди не споживають здорової їжі. Причина в надлишку солі та недостатній кількості цільнозернових продуктів, свіжих фруктів і овочів. Люди також споживають занадто мало горіхів, насіння, омега-3 жирних кислот і клітковини. Дослідження показує, що вплив окремих дієтичних факторів відрізняється від країни до країни. Проте саме надмірне споживання солі та недостатня кількість цільнозернових продуктів, свіжих овочів і фруктів у раціоні

є причиною понад 50% смертей, пов'язаних із дієтою. Решта пов'язана з високим споживанням червоного м'яса та технологічно оброблених м'ясних продуктів, солодких напоїв і транс-жирів.

В даний час проблема низької фізичної активності (ФА) все більше привертає увагу як фахівців, які займаються профілактикою захворювань, так і населення, особливо в економічно розвинених країнах. Результати досліджень у цій галузі досить переконливі для того, щоб вважати низьку ФА поряд з курінням, надмірною масою тіла (МТ), підвищеним вмістом холестерину в крові та підвищеним артеріальним тиском (АТ) одним із незалежних основних факторів ризику розвитку захворювань.

За останні 20 років було досягнуто значного прогресу в розумінні того, як харчові звички та фізична активність впливають на здоров'я жінок. Дослідження здоров'я жінок призвело до появи великої кількості наукової літератури про роль харчових звичок і фізичної активності в здоров'ї жінок [7, 46, 47].

Дослідження щодо фізичної активності з певною послідовністю показали, що жінки займаються меншою фізичною активністю, ніж чоловіки, і що активність зменшується з віком [48 -50]. Було виявлено, що і дівчата, і жінки займаються фізичною активністю рідше, ніж чоловіки, і спостерігається значне зниження активності дівчат у підлітковому віці [7]. Є деякі докази того, що дівчата стають менш активними в підлітковому віці через зміну самосприйняття, пов'язану з пубертатним розвитком, підвищену обізнаність з однолітками та зміни в самооцінці [48].

Висновки залежать від типу оцінюваної фізичної активності. Наприклад, хоча літні жінки менше займаються спортом і фізичними вправами, ніж чоловіки, зареєстровані рівні активності можуть зрости, якщо врахувати домашню діяльність і догляд [51]. Жінки з більшим рівнем освіти, доходом та вільного часу мають більше ресурсів для фізичної активності, тоді як інші групи жінок частіше класифікуються як фізично активні під час професійної діяльності, домашньої діяльності та прогулянок.

Дітородження та материнство, особливо перші роки виховання дітей, були визначені як загальні перешкоди для регулярної фізичної активності у жінок 25–35 років [52]. У той час як у минулому вагітним жінкам рекомендувалося обмежити фізичні навантаження або взагалі припинити, сьогодні помірні фізичні вправи визнані безпечними для здорових жінок і, як було показано, зменшують гестаційний діабет і прееклампсію, а також допомагають при запобіганні надмірному збільшенню ваги матері [7]. Однак через відсутність розповсюдження цих доказів деякі жінки можуть залишатися невпевненими щодо безпеки фізичних вправ під час вагітності [53].

Було показано, що фізична активність знижує частоту серцево-судинних захворювань у жінок, включаючи ішемічну хворобу серця та інсульт [48, 54]. Кілька публікацій про фізичну активність і діабет 2 типу у жінок повідомляють про значний зворотний зв'язок між фізичною активністю та випадками діабету [7]. Крім того, зростає кількість доказів того, що фізична активність до та під час вагітності може зменшити ймовірність розвитку у жінки гестаційного цукрового діабету під час вагітності [53, 55]. Фізична активність може допомогти знизити ризик раку молочної залози в пременопаузі та постменопаузі та раку ендометрію у жінок. Дослідження також продемонстрували менший когнітивний спад у жінок з високою фізичною активністю. Бездіяльність або малорухливий спосіб життя підвищують ризики кількох хронічних захворювань у жінок і пов'язані зі збільшенням ваги, надмірною вагою та ожирінням, які самі по собі пов'язані з негативними наслідками для здоров'я незалежно від фізичної активності. Зворотний зв'язок «доза-реакція» фізичної активності з наслідками для здоров'я часто спостерігається: користь приносить помірна активність, така як ходьба, і навіть більше енергійна діяльність. Зменшення ризику серцево-судинних захворювань і діабету 2 типу у жінок було виявлено при лише 15 або 30 хвилинах фізичної активності на день [7].

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Характеристика груп та методів дослідження

В анкетуванні взяло участь 64 жінки віком 18-25 років – 39,1%, 25- 40 років – 34,4 %, більше 40 років – 26,6%. Таким чином, жінки були розділені на три групи а) жінки, що знаходилися в віці ранньої репродуктивної активності (18-25 років), б) жінки, що знаходилися в віці найвищої репродуктивної активності, в) жінки у віці затухаючої репродуктивної активності. Необхідність вікової диференціації жінок репродуктивного віку обумовлено фактом поступового затухання можливостей жіночого організму, зв'язаного з народженням дітей.

З опитаних хронічні соматичні захворювання мали 39,1% жінок. 54,7% жінок відповіли, що не мають шкідливих звичок.

Жінкам пропонували дати відповідь на 51 питання. Анкетні питання були як закритими, так і відкритими. Для отримання достовірних даних анкетування проведено анонімно.

Розроблена анкета дозволяє дослідити репродуктивну поведінку населення, репродуктивні установки, мотиви, результати рішень і дій, а також встановити взаємозв'язки репродуктивного поведінки з соціально-психологічними характеристиками населення, виявити його фактори та умови формування.

Питання анкети відповідають чотирьом дослідницьким блокам:

- Аналіз власне репродуктивного здоров'я жінки, питання щодо наявності хронічних захворювань, самооцінка жінками свого репродуктивного здоров'я та наявність захворювань репродуктивної системи, медико-гігієнічна грамотність.

- Аналіз абортного поведінки та контрацептивної поведінки: кількість вагітностей і пологів, регулярність використання контрацепції та види контрацепції.

- Аналіз впливу фізичної активності та здорового харчування, шкідливих звичок на репродуктивного здоров'я жінки. Мета цього блоку анкетування – довідатися про відношення жінок 18-50 річного віку до фізичної культури,

зокрема до оздоровчих фізичних заходів, вивчити мотивацію до занять фізичними вправами, з'ясувати розуміння здорового способу життя.

– Аналіз психологічних факторів репродуктивного поведінки жінки. З метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги у жінок використана Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали: підшкала А – «тривога» (anxiety), підшкала D – «депресія» (depression). У таблиці 2.1 наведені питання цієї анкети.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Для отримання загального показника тривожного розладу необхідно скласти бали по всіх пунктах шкали. Сумарний бал може варіювати від 0 до 21 балу. Значення 0 - 7 балів трактується як відсутність тривожного/депресивного стану (норма), від 8 до 10 балів субклінічна вираженість тривоги/депресії; 11 балів і вище - клінічно виражена тривога/депресія.

Таблиця 2.1.

Питання анкети, спрямовані на з'ясування рівня тривожності жінок

Питання	Відповіді, що пропонуються/Бали			
	0	1	2	3
Підшкала А – «тривога» (anxiety)				
1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі	Зовсім не відчуваю	Час від часу, іноді	Часто	Весь час
2. Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.	Варіант зовсім не відчуваю	Іноді	Часто	Дуже часто
3. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.	Зовсім не відчуваю	Іноді, але це мене не турбує	Це так, але страх не дуже сильний	Безумовно це так, і страх дуже сильний

4.Неспокійні думки крутяться у мене в голові.	Іноді	Час від часу і не так часто	Більшу частину часу	Постійно
5. Я легко можу сісти і розслабитися.	Безумовно це так	Напевно, це так	Лише зрідка це так	Зовсім не можу
6. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.	Зовсім не відчуваю	Лише в деякій мірі це так	Напевно, це так	Безумовно це так
7. У мене буває раптове відчуття паніки.	Зовсім не буває	Не так часто	Досить часто	Дуже часто
Підшкала D – «депресія» (depression)				
1. Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття	Безумовно це так	Напевно, це так	Лише в дуже малому ступені це так	Це зовсім не так
2. Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.	Зовсім ні	Іноді	Часто	Практично весь час
3. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.	Безумовно це так	Напевно, це так	Лише в дуже малому ступені це так	Зовсім не здатний
4. Я відчуваю бадьорість	Практично весь час	Іноді	Дуже рідко	Зовсім не відчуваю
5.не стежу за своєю зовнішністю.	Я стежу за собою так само, як і раніше	Може бути, я став менше приділяти цьому уваги	Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно	Безумовно це так
6. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести	Точно так само, як і зазвичай	Так, але не в тій мірі, як раніше	Значно менше, ніж зазвичай	Зовсім так не вважаю

мені почуття задоволення.				
7. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.	Часто	Іноді	Рідко	Дуже рідко

2.2. Методи статистичного аналізу анкетних даних

Отримані результати дослідження формували базу даних, створену у електронних таблицях Microsoft Excel (Microsoft Office (Microsoft Corporation, США), де виконувався розрахунок значень, необхідні описової статистики.

Результати дослідження були оброблені з обчисленням часток у відсотках для номінальних змінних з їх 95-м довірчим інтервалом (95% ДІ).

Результати абсолютних кількісних параметрів виражені у відсотках.

Для пошуку достовірних залежностей між параметрами, що досліджувалися таблиці спряженості та критерію χ -квадрат Пірсона (критерій χ^2) – це непараметричний метод, який дозволяє оцінити значимість відмінностей між фактичною (виявленою в результаті дослідження) кількістю випадків або якісних характеристик вибірки, що потрапляють в кожну категорію, з теоретичною кількістю, яку можна очікувати в досліджуваних групах при справедливості нульової гіпотези. Метод дозволяє оцінити статистичну значущість відмінностей двох або декількох відносних показників (частот, часток). Перевірка того, наскільки достовірно отримані експериментальні дані описуються обраним теоретичним законом розподілення, здійснюється з використанням критеріїв згоди. Нульовою гіпотезою, як правило, виступає гіпотеза про рівність розподілення випадкової величини деякому теоретичному закону- це форма представлення даних про об'єкти дослідження на основі групування двох або більше ознак за принципом їх поєднання.

В роботі аналізували таблиці спряженості типу $2 \times k$, що має загальний вигляд як таблиця 2.2, та типу $k \times l$, що має вигляд як таблиця 2.3.

Таблиця 2.2

Загальний вигляд таблиці спряженості типу 2 x k

№ виборки / № рівня 2-ї ознаки	Ознака 1		Σ
	Присутня	Відсутня	
1	M_1	$n_1 - m_1$	n_1
2	M_2	$n_2 - m_2$	n_2
...	...	...	...
I	M_i	$n_i - m_i$	n_i
...	...	...	...
k	M_k	$n_k - m_k$	n_k
Σ	M	n-m	N

При аналізі таблиць спряженості типу 2 x k для перевірки нульової гіпотези про однорідність k вибірок використовували формулу Брандта і Снедекора:

$$\chi^2 = \frac{n^2}{m(n-m)} \left[\sum_{i=1}^k \frac{m_i^2}{n_i} - \frac{m^2}{n} \right].$$

Розрахункове значення порівнювали з критичним, узятим з (k – 1) ступенями вільності і заданим рівнем значущості. Якщо розрахункове значення більше критичного, то гіпотезу про однорідність необхідно відкинути і прийняти гіпотезу про наявність між досліджуваними ознаками істотного зв'язку.

Таблиці виду KxL (табл. 2.3) є найбільш загальним видом таблиць спряженості. У цьому випадку застосовується один критерій для перевірки гіпотез про незалежність ознак та однорідність вибірок. Для випадку коли перший стовпець табл. 2.3 являє собою K значень рівня другої ознаки, перевіряється гіпотеза про незалежність першої та другої ознак. Якщо ж перший стовпець містить K різних вибірок, то перевіряється гіпотеза про однорідність цих вибірок (тобто можна вважати, що ці вибірки вилучені з однієї генеральної сукупності).

Таблиця 2.3

Таблиці спряженості виду KxL

Ознака 2 (k значень рівней)	Ознака 1 (m значень рівней)						Суми по рядках
	1	2	...	j	...	m	
1	n_{11}	n_{12}	...	n_{1j}	...	n_{1m}	n_1
2	n_{21}	n_{22}	...	n_{2j}	...	n_{2m}	n_2
...	...	...	...	...	...	...	...
I	n_{i1}	n_{i2}	...	n_{ij}	...	n_{im}	n_i
...	...	...	...	...	...	...	...
K	n_{k1}	n_{k2}	...	n_{kj}	...	n_{km}	n_k
суми по стовбцях	$n_{.k}$	$n_{.2}$	...	$n_{.j}$	...	$n_{.m}$	$n_{..} = n$

Значення критерію χ^2 розраховували за формулою:

$$\chi^2 = n \left[\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{n_{ij}^2}{n_i n_j} - 1 \right]$$

Розрахункове значення порівнюють з критичним, взятим з $(k - 1)(m - 1)$ ступенями вільності та заданим рівнем значущості. Якщо розрахункове значення більше критичного, то гіпотезу про однорідність слід відкинути і прийняти гіпотезу про наявність між ознаками суттєвого зв'язку, що вивчаються.

Таблиці спряженості формували і аналізували у програмі Statistica 8.0 (Statistica/Basic Statistics and Tables/Tables and banners).

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Оцінка репродуктивного здоров'я опитаних жінок

Здоров'я нації насамперед визначається здоров'ям осіб фертильного віку, їхньою здатністю до відтворення потомства та його якості. Саме ця обов'язкова умова розвитку людського суспільства зумовила необхідність виділення як однієї із складових здоров'я людини поняття «репродуктивне здоров'я», яке було запроваджено у 80-ті роки минулого століття.

Репродуктивне здоров'я жінки має на увазі під собою відсутність захворювань репродуктивної системи, здатність до відтворення потомства та визначає кількість дітей у сім'ї.

Вони можуть приймати рішення про те, чи робити це, коли робити і як часто. Остання умова передбачає право чоловіків і жінок бути проінформованими про безпечні, ефективні, доступні та прийнятні методи планування сім'ї, які не суперечать закону, і мати доступ до них на їх вибір. Крім того, у жінок є право на відповідні послуги в галузі охорони здоров'я, які б дозволили їм благополучно пройти через етап вагітності та пологів та народити дитину.

Безпліддя стає серйозною проблемою, знижуючи репродуктивні можливості демографічного розвитку, що відбивається лише на рівні народжуваності. Застосування соціологічних методів дозволяє отримати інформацію про самопочуття, особливості поведінки самозбереження населення, які є факторами здоров'я, у тому числі репродуктивного.

Для повного аналізу ситуації не менш важливим є розуміння та самооцінка жінками свого репродуктивного здоров'я. Згідно з даними анкетування тільки третина (21 жінка) опитаних дала самооцінку свого репродуктивного здоров'я. З них стан здоров'я в 9- 10 балів оцінило 7 жінок (33,3%), та 10 жінок (48%) оцінили стан здоров'я на 7- 8 балів.

При цьому 39,1% опитаних жінок вказали на наявність хронічних соматичних або довготривалих захворювань.

Помітний зворотний зв'язок самооцінок репродуктивного здоров'я та віку респондентів: чим старші люди, тим нижче вони оцінюють його стан. Однак у зв'язку з незначною кількістю відповідей, достовірний зв'язок між віком опитаних і самооцінкою репродуктивного здоров'я не встановлений.

На фертильність жінок впливають і детермінанти материнського здоров'я до, під час та між вагітностями – запальні і незапальні захворювання статевих органів у жінок, розлади менструацій [27]. Актуальність проблеми менструальної дисфункції визначається її зв'язком із жіночою репродуктивною функцією. Розлади менструацій є першими ознаками прихованих патологій та захворювань і можуть відбитися на здатності до зачаття і виношування немовлят.

Серед питань анкети, які б свідчили про можливість захворювань репродуктивної системи були питання про регулярність місячних і больові відчуття під час місячних.

76,19% опитаних жінок вказали, що мають регулярні місячні, проте 39,06% мають больові відчуття під час місячних, а 29,63% вказали, що іноді мають больові відчуття (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1.

Порушення репродуктивної системи у жінок

Тип порушення	Жалоби, %
Розлади менструального циклу	23,8%
Болючі місячні:	
так	39,06
іноді	29,63

Ми не встановили достовірних кореляцій між самооцінкою здоров'я і наявністю хронічних захворювань, порушенням репродуктивної системи, фактами викидней при вагітності. Це свідчить про неадекватну оцінку власного здоров'я жінками.

Статеве життя виходить далеко за межі генеративної функції людини, але водночас така її складова, як сексуальна поведінка, багато в чому визначає якість та рівень репродуктивного здоров'я, позначається на репродуктивній поведінці, тому її провідними складовими є сексуальна поведінка, репродуктивна установка, регулювання народжуваності.

Дані соціологічних досліджень дозволяють поглиблено розглянути медичну активність, контрацептивну та абортівну поведінку населення. Аналіз літературних джерел показує, що у цій сфері виражені гендерні особливості, так, медична активність жінок щодо збереження репродуктивного здоров'я суттєво вища, ніж чоловіків.

При з'ясуванні частоти відвідувань гінеколога 54,69 % опитаних жінок відзначили, що відвідують гінеколога не рідше 1 разу на рік, а 21,9% більше 1 разу на рік. Серед опитаних жінок 23,4% жінок не звертаються до гінеколога більше одного року (рис. 3.1).

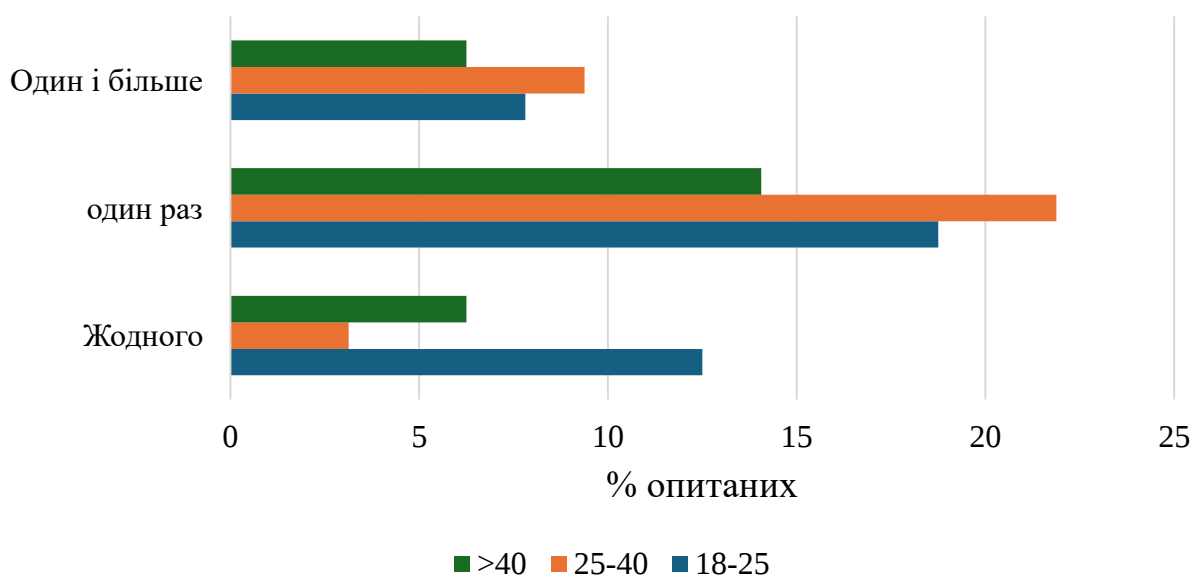


Рис. 3.1. Частота звернень до гінеколога жінок різних вікових груп, % від числа опитаних

У формуванні медичної активності та в цілому репродуктивної поведінки значну роль відіграє поінформованість населення про особливості поширення

захворювань та способи збереження здоров'я. Дані соціологічних досліджень дозволяють оцінити поінформованість населення щодо контрацепції, інфекцій, що передаються статевим шляхом, про наслідки абортів, про пологи. Поінформованість населення у питаннях репродукції дуже слабо корелює з віком та рівнем освіти, що, ймовірно, обумовлено специфікою інформації, отримання якої має бути особистісно мотивовано. Підвищення рівня поінформованості та медичної грамотності населення веде до зміни поведінки, зокрема, зниження кількості абортів на 1000 жінок репродуктивного віку.

З отриманих даних анкетування тільки у 10,9 % жінок кількість вагітностей було більше кількостей пологів, що свідчить про переривання вагітності. Помітну роль у цьому відіграє поширення практики доабортного консультування у державних медичних установах. Можна констатувати, що поступово аборт перестає бути «повсякденним» засобом регулювання народження дітей, а поширеність контрацептивних практик серед населення – збільшується.

Використання засобів контрацепції серед жінок різних вікових груп наведено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Використання засобів контрацепції серед жінок різних вікових груп у %

Вік	18- 25	25-40	>40
Не використовує жоден метод	12,7	7,94	11,1
Презерватив, Перерваний статевий акт	12,7	3,7	1,59
Презерватив	7,94	11,1	7,94
Перерваний статевий акт	6,35	7,94	6,35
КОКи, Презерватив, Перерваний статевий акт		1,59	
КОКи		1,59	

Про те, що ніколи не використовують якийсь метод контрацепції, заявили тільки 7,94% опитаних жінок, що живуть регулярним статевим життям (58,17 % опитаних жінок мають регулярні статеві відносини).

Серед засобів контрацепції стійке лідерство зберігається за презервативами. Природні методи планування сім'ї продовжують активно використовуватися населенням, незважаючи на вкрай низьку ефективність останніх: за літературними даними індекс Пірла для перерваного статевого акту становить 4,0 – 18,0 вагітностей на 100 жінок на рік, календарного методу – від 14,0 до 50,0. Це збільшує ризик незапланованих вагітностей та абортів. За нашими даними опитування жінки (7 жінок, 10,9%), що переривали вагітність, або зовсім не застосовували засобів контрацепції (7,8%), або використовували перерваний статевий акт (3,1%).

Розподіл використовуваних засобів свідчить про їх відповідність загалом віковим особливостям поведінки та розвитку жіночого організму. Для молодих жінок (15 – 25 років) характерне використання презервативу, перерваного статевого акту. Серед жінок старшого віку більше застосовують КОКи та презервативи і менше – «ризиковані» способи попередження вагітності (табл. 3.2, рис. 3.2).

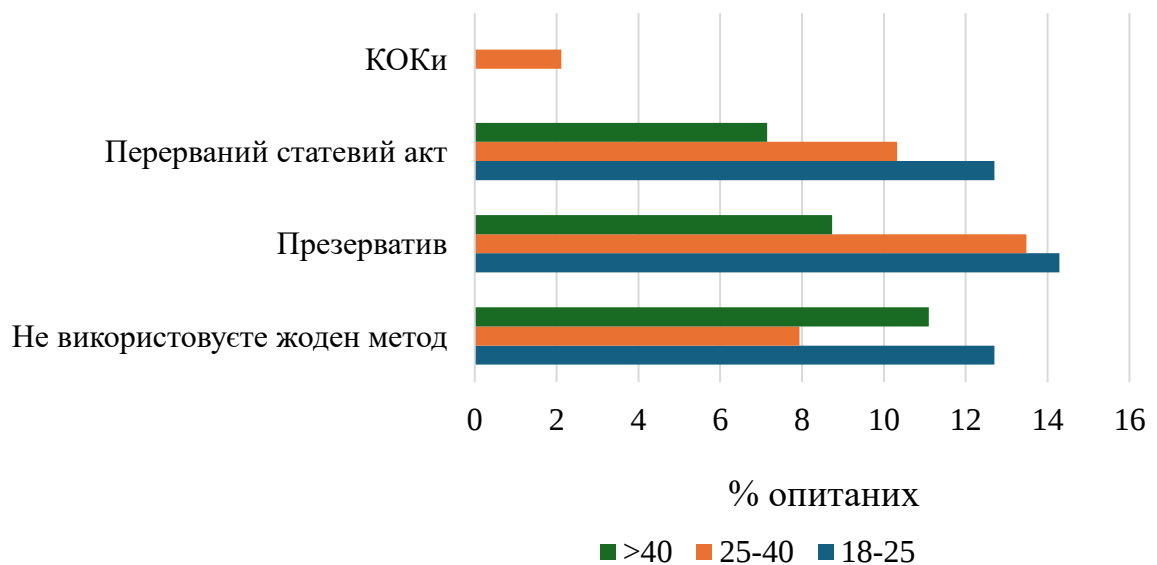


Рис. 3.2. Використання методів попередження вагітності у жінок різних вікових груп, % від кількості опитаних жінок.

Проведене дослідження свідчить про низькі показники використання гормональних засобів (комбінованих оральних контрацептивів (КОК)) - 2,12% опитаних жінок застосовують цей метод контрацепції. Використання цих медичних засобів як раз передбачає «постійність» застосування (рис. 3.2).

3.2. Оцінка фізичного здоров'я жінок репродуктивного віку та поведінка самозбереження

Фізичне здоров'я жінок репродуктивного віку – це природний стан організму, зумовлений нормальним функціонуванням усіх його органів та систем, у тому числі репродуктивних.

Одним із аспектів теми соціального здоров'я, у тому числі, жінок репродуктивного віку, є проблеми самозберігаючої/саморуйнівної поведінки, поведінкових ризиків. Рухова активність сприяє нормалізації психологічного стану жінок, формуванню сприятливого емоційного фону, перешкоджає розвитку стресу та сприяє збереженню й зміцненню здоров'я жінки. Рухова активність спрямована на зміцнення здоров'я, розвиток фізичного потенціалу та досягнення фізичної досконалості [56]. Рухова активність має важливе значення для профілактики ожиріння, сприяє зменшенню ризику виникнення серцевосудинних захворювань, окремих онкологічних захворювань та депресії.

Як формальний критерій інтенсивності поведінки самозбереження було обрано ставлення жінок до свого здоров'я, яке характеризувалося ступенем участі респонденток у оздоровчих заходах, пов'язаних із заняттями фізичною культурою та спортом. У проведеному дослідженні ми вивчали ставлення дорослих жінок до спеціально організованої рухової активності. Відповіді, які надали респонденти на питання про регулярність зайнять спортом, наведені в таблиці 3.3. Свій вільний час присвячує регулярним заняттям фізкультурою та спортом 15,6% опитаних. Займаються фізичною культурою та спортом нерегулярно 34,4%, а 50% опитаних не займаються фізичною культурою. Це свідчить про те, що переважна більшість жінок веде малорухливий спосіб життя. Також було встановлено, що серед видів

відпочинку переважає пасивний. Серед опитаних жінок 43,8% жінок проводять більше 4-х годин перед екраном телевізора або інших гаджетів (таблиця 3.3).

Фізична пасивність характерна для більшості людей працездатного віку в Україні. Отримані в роботі дані збігаються з даними літературних джерел [50, 51].

Таблиця 3.3.

Рухова активність та відпочинок, властиві для дорослих жінок

<i>Заняття спортом</i>	Осіб, %
Так	15,6
Іноді	34,4
Ні	50%
<i>Перегляд телевізора чи гаджетів</i>	
Більше 4-х годин	43,8
3-4 години	43,8
1-2 години	12,5

Статистичний аналіз показує достовірний зв'язок між фізичною активністю жінки і її віком. З віком фізична активність жінок знижується (Pearson $\chi^2=15,75$ ($p=0,0034$)). Показники фізичної активності жінок репродуктивного віку наведені в таблиці 3.4 та на рис. 3.3.

Таблиця 3.4.

Показники фізичної активності жінок репродуктивного віку

<i>Заняття спортом, % опитаних</i>	Так	Іноді	Ні
Вік			
18-25	10,94	20,31	7,81
25- 40	3,13	9,38	21,88
> 40	1,56	4,69	20,31

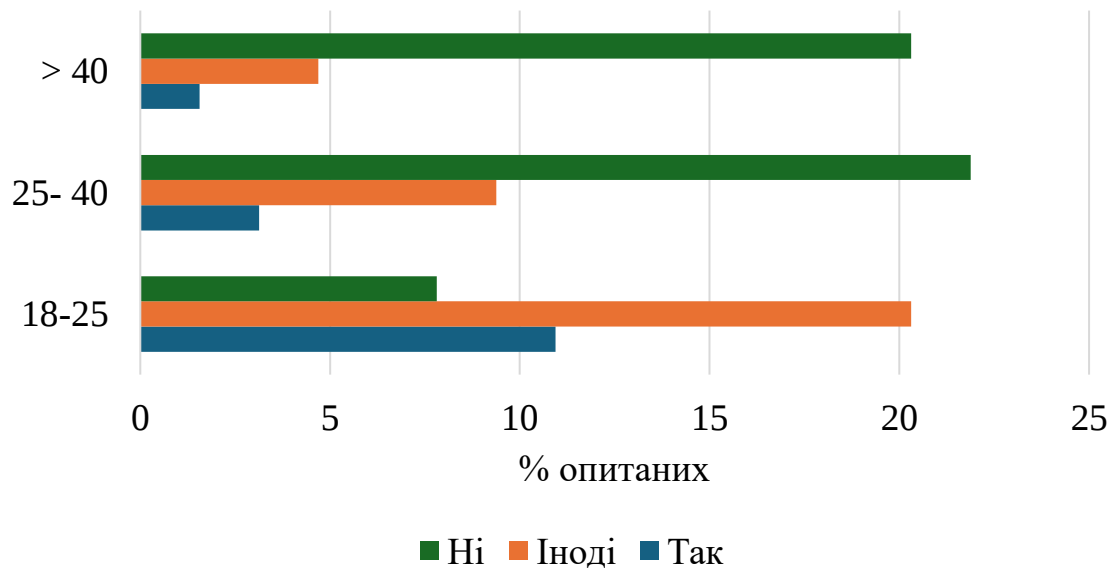


Рис. 3.3. Показники фізичної активності жінок репродуктивного віку

Підвищення ефективності охорони репродуктивного здоров'я жінок має передбачати усунення чи зниження активності чинників ризику соціально-поведінкового характеру. Низька фізична активність є найпоширенішим із них. За даними літературних джерел [53, 55], на тлі низької фізичної активності серед жінок у 2,14 рази підвищуються репродуктивні порушення, а серед вагітних у 1,61 разу – токсикози. Ще більше підвищується частота репродуктивних порушень та токсикозів вагітності серед жінок, у яких низька фізична активність поєднується з надлишковою вагою. Фахівці [50, 51, 56] наголошують, що залучення жінок до рухової активності є досить важкою справою: жінки у декілька разів менше, ніж чоловіки використовують засоби фізичної культури з метою оздоровлення; внаслідок різних чинників і недостатньої рухової активності жінки гірше почувають себе суб'єктивно і констатують більшу, ніж у чоловіків, захворюваність.

Проведені дослідження показали, що як і раніше [57], переважна більшість дорослих українців не готові брати на себе відповідальність за збереження та зміцнення стану свого здоров'я й робити вибір на користь здорового способу життя і профілактичних заходів. У зв'язку з цим виникає необхідність здійснення жінок широкої роз'яснювальної роботи з корекції їх фізичної активності.

3.3. Соціально-психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку

Соціально-психологічне здоров'я жінок репродуктивного віку характеризується стабільним функціонування психіки, що забезпечує гармонію між різними сторонами особистості жінки репродуктивного віку, насамперед наявність позитивного образу Я. Репродуктивне здоров'я жінок формується з моменту зачаття і знаходиться під впливом безлічі несприятливих факторів, усунення яких та активні заходи профілактики здатні у репродуктивний період життя жінки вирішити або уникнути цілого ряду проблем, у тому числі соціально-психологічних. Будь-які порушення інтегруючих механізмів процесів життєдіяльності людини достовірно впливають на психічний та соматичний стан пацієнта.

Тривожні та депресивні стани все частіше супроводжують соматичну патологію. Поряд з психічними розладами, вони роблять значний негативний внесок у тривалість і тяжкість перебігу хвороби. Все більше робіт з'являється за оцінкою психічних факторів, пов'язаних із соматичною патологією [58].

Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними розладами та з психосоматичними захворюваннями. При цьому знижуються адаптаційні можливості організму. Тревожність трактується як стійка риса особистості, яка передбачає підвищену схильність людини відчувати стан тривоги.

За прогнозами фахівців, депресія претендує на друге місце серед провідних факторів, що визначають кількість загублених років життя у зв'язку із втратою працездатності, і поступається лише ішемічній хворобі серця [59]. Найчастіше термін «депресія» визначає синдром, який включає психологічні, емоційні та інші клінічні прояви захворювання. Етіологія депресій остаточно не з'ясована. Депресивні симптоми можуть обтяжувати соматичні захворювання, а також бути наслідком екологічного стресу — сукупного впливу екологічних та психосоціальних факторів [59].

В роботі була зроблена оцінка рівня тривожності і депресії у жінок за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS). Результати оцінки рівня тривожності і депресії наведені в таблиці 3.5 та 3.6 відповідно. Діаграми розподілу жінок за рівнем тривожності і депресії показані на рис. 3.4 та 3.5 відповідно. З отриманих даних 37 жінок (57,81%) мають нормальний рівень тривожності, проте більшість з них, а саме 23 особи (35,94%) мають рівень тривожності 6 і 7 балів, що становить верхню межу норми. 23 жінки (35,94%) мали субклінічну вираженість тривоги і 4 (6,25%) - клінічну вираженість тривоги (таблиця 3.5). Максимум кривої розподілу частоти тривожності певної інтенсивності знаходиться в зоні «субклінічної вираженості тривоги» (рис. 3.4).

Що стосується депресії, то у 52 (81,25) жінок був відсутній депресивний стан (норма), рівень депресії 5 балів мало 15 (23,43%) жінок, 6 балів – 11(17,19%) жінок, 7 балів – 6 (10,94%) жінок (максимум кривої розподілу частоти депресивного стану певної інтенсивності знаходиться в зоні «норми»).

Таблиця 3.5

Розподіл жінок за рівнем тривожності

Рівень тривожності, бали	Кількість	%
1 - 3	5	7,81
4 - 6	22	34,37
7 – 9	31	48,44
10 -13	3	4,69
13- 15	2	3,12
16-19	1	1,56

Таблиця 3.6

Розподіл жінок за рівнем депресії

Рівень тривожності, бали	Кількість	%
1 – 2	6	9,37
3 - 4	14	21,87
5 – 6	26	40,62
7 - 8	9	14,06
9- 10	8	12,5
11-12	1	1,56

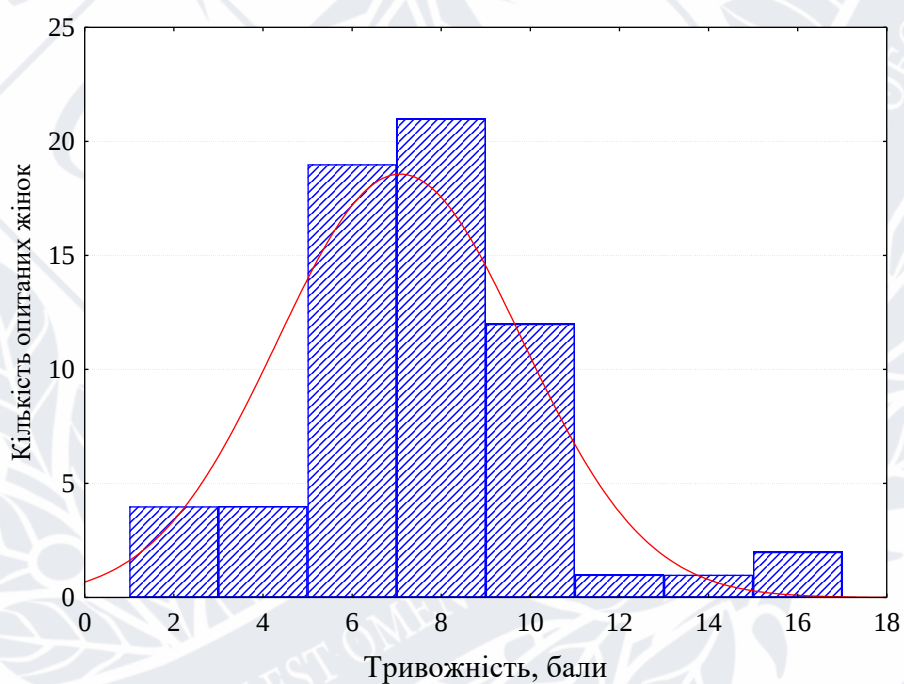


Рис. 3.4. Розподіл жінок за рівнем тривожності

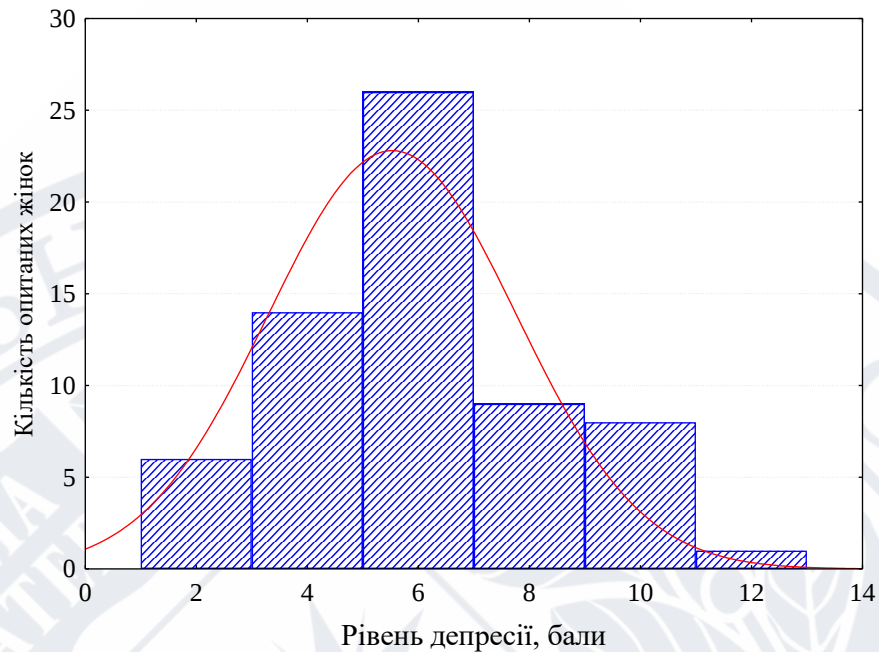


Рис. 3.5. Розподіл жінок за рівнем депресії

11 (17,19%) жінок мали субклінічний рівень депресії, і 1 (1,56%) жінка - клінічний рівень депресії.

Проведений статистичний аналіз показує наявність достовірного зв'язку між віком опитаних і рівнем депресії ($\chi^2=9,69$, $f=4$, $p=0,046$, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена $R=0,34$, $p=0,0036$). Зв'язок між віком і рівнем тривожності не встановлений.

Вплив психоемоційного стресу на репродуктивну систему відбувається у межах сукупності клінічних розладів: від виражених порушень менструального циклу (аменорея, аномальні маткові кровотечі) до станів, що з менструальним циклом (циклічна масталгія, дисменорея, передменструальний синдром, менструальна мігрень), але мають великий вплив на якість життя пацієнток та емоційний їх стан. Разом з тим, залишається невирішеним питання про прогнозування характеру репродуктивних порушень в залежності від особливостей психофізіологічних реакцій на стрес.

Таблиця 3.7.

Таблиця спряженості для аналізу зв'язку між віком і рівнем депресії у жінок

Вік, роки	Рівень тривожності		
	Норма	субклінічний	клінічний
18- 25	21	4	0
	32,81%	6,25%	0,00%
25- 40	21	1	0
	32,81%	1,56%	0,00%
> 40	10	6	1
	15,63%	9,38%	1,56%

Стрес є частою причиною порушень менструального циклу — затримки або рясних менструацій. Його асоціюють із загрозою гомеостазу. Реакція організму на стрес включає зміни рівня багатьох гормонів, порушує гормональний баланс і багато інших процесів в організмі [58]. Проте, натеper залишається невирішеною проблема лікування стрес-залежних порушень менструального циклу (НМЦ): черговість і цілеспрямованість заходів по усуненню стресового циклу.

Відомо, що стрес впливає на секрецію лютеїнізуючого гормону (ЛГ), переводячи її з циклічного в тонічний режим. При короткочасному чи одноразовому стресі зникає циклічний пік секреції ЛГ, а рівень базальної секреції підвищується. Такий стан може спостерігатися близько 2 місяців і супроводжуватися короткочасним розладом функції яєчників з випаданням овуляції. При хронічному стресі або гострому стресі, що часто повторюється, спостерігається стійке підвищення тонічної секреції ЛГ, що може призвести до формування захворювань репродуктивної системи [59]. Проте, нами не був знайдений зв'язок між рівнем тривожності/депресії у жінок і розладами менструального циклу, та больовими відчуттями при менструаціях. Це може бути зв'язано з малою кількістю опитаних жінок з розладами менструального циклу.

Отримані дані свідчать про те, що жінки з ускладненим перебігом вагітності в порівнянні з жінками, у яких вагітність протікала без патології, частіше були схильні зазнавати сильного занепокоєння з приводу можливих невдач, були не впевнені у власних силах для успішного подолання труднощів, що виникли, відчували почуття внутрішнього напруження, нервозності, скутості та стурбованості. Жінки, які мали негативний досвід першої вагітності (викидень), при повторній вагітності матимуть зовсім інші емоційні прояви: виражена тривожність, підвищена чутливість до зовнішніх подразників, занепокоєння, незадоволена потреба у відносинах повних взаєморозуміння, емоційна нестабільність у поєднанні із залежністю.

Нами встановлена достовірна кореляція між ускладненим перебігом вагітності (викидні, патології вагітності) і рівнем депресії. Знайдені достовірні величини коефіцієнтів рангової кореляції між ускладненим перебігом вагітності $R=0,24$, $p=0,049$ (викидні) і $R=0,25$, $p=0,045$ (патології вагітності) та рівнем депресії.

ВИСНОВКИ

1. Згідно з даними анкетування про самооцінку свого репродуктивного здоров'я 7 жінок (33,3%) оцінило стан здоров'я в 9 - 10 балів, 10 жінок (48%) оцінили стан здоров'я на 7 - 8 балів. При цьому 39,1% опитаних жінок вказали на наявність хронічних соматичних або довготривалих захворювань. Помітний зворотний зв'язок самооцінок репродуктивного здоров'я та віку респондентів: чим старші люди, тим нижче вони оцінюють його стан.

2. 76,19% опитаних жінок вказали, що мають регулярні місячні, 39,06% мають больові відчуття під час місячних, а 29,63% вказали, що іноді мають больові відчуття. Достовірних кореляцій між самооцінкою здоров'я і наявністю хронічних захворювань, порушенням репродуктивної системи, фактами викидней при вагітності не встановлено. Це свідчить про неадекватну оцінку власного здоров'я жінками.

3. При з'ясуванні частоти відвідувань гінеколога 54,69 % опитаних жінок відзначили, що відвідують гінеколога не рідше 1 разу на рік, а 21,9% більше 1 разу на рік. Серед опитаних жінок 23,4% жінок більше одного року не зверталися до гінеколога.

4. Тільки у 10,9 % жінок кількість вагітностей було більше кількостей пологів, що свідчить про переривання вагітності. Жінки, що переривали вагітність, або зовсім не застосовували засобів контрацепції (7,8%), або використовували перерваний статевий акт (3,1%).

5. Про те, що ніколи не використовують якийсь метод контрацепції, заявили тільки 7,94% опитаних жінок, що живуть регулярним статевим життям (58,17 % опитаних жінок мають регулярні статеві відносини). Серед засобів контрацепції стійке лідерство зберігається за презервативами. Природні методи планування сім'ї продовжують активно використовуватися населенням.

6. Розподіл використовуваних засобів контрацепції свідчить про їх відповідність загалом віковим особливостям поведінки та розвитку жіночого організму. Для молодих жінок (15 – 25 років) характерне використання презервативу, перерваного статевого акту. Серед жінок старшого віку більше

застосовують КОКи та презервативи і менше – «ризиковані» способи попередження вагітності.

Проведене дослідження свідчить про низькі показники використання гормональних засобів (комбінованих оральних контрацептивів (КОК)) - 2,12% опитаних жінок застосовують цей метод контрацепції. Використання цих медичних засобів як раз передбачає «постійність» застосування

7. Свій вільний час присвячує регулярним заняттям фізкультурою та спортом 15,6% опитаних. 50% опитаних не займаються фізичною культурою, тобто переважна більшість жінок веде малорухливий спосіб життя. Встановлено, що серед видів відпочинку переважає пасивний. Серед опитаних жінок 43,8% жінок проводять більше 4-х годин перед екраном телевізора або інших гаджетів. Статистичний аналіз показує достовірний зв'язок між фізичною активністю жінки і її віком. З віком фізична активність жінок знижується (Pearson $\chi^2=15,75$ ($p=0,0034$)).

8. Оцінка рівня тривожності і депресії у жінок за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) показала, що 37 жінок (57,81%) мають нормальний рівень тривожності, проте більшість з них, а саме 23 особи (35,94%) мають рівень тривожності 6 і 7 балів, що становить верхню межу норми. 23 жінки (35,94%) мали субклінічну вираженість тривоги і 4 (6,25%) - клінічну вираженість тривоги. Максимум кривої розподілу частоти тривожності певної інтенсивності знаходиться в зоні «субклінічної вираженості тривоги».

9. У 52 (81,25) жінок був відсутній депресивний стан (норма), рівень депресії 5 балів мало 15 (23,43%) жінок, 6 балів – 11(17,19%) жінок, 7 балів – 6 (10,94%) жінок (максимум кривої розподілу частоти депресивного стану певної інтенсивності знаходиться в зоні «норми»). Проведений статистичний аналіз показує наявність достовірного зв'язку між віком опитаних і рівнем депресії ($\chi^2=9,69$, $f=4$, $p=0,046$, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена $R=0,34$, $p=0,0036$). Зв'язок між віком і рівнем тривожності не встановлений.

10. Не був знайдений зв'язок між рівнем тривожності/депресії у жінок і розладами менструального циклу, та больовими відчуттями при менструаціях. Це

може бути зв'язано з малою кількістю опитаних жінок з розладами менструального циклу. Показана достовірна кореляція між ускладненим перебігом вагітності (викидні, патології вагітності) і рівнем депресії. Знайдені величини коефіцієнтів рангової кореляції між ускладненим перебігом вагітності $R=0,24$, $p=0,049$ (викидні) і $R=0,25$, $p=0,045$ (патології вагітності) та рівнем депресії.

11. Проведені дослідження показали, що переважна більшість дорослих українців не готові брати на себе відповідальність за збереження та зміцнення стану свого здоров'я й робити вибір на користь здорового способу життя і профілактичних заходів. У зв'язку з цим виникає необхідність здійснення широкої роз'яснювальної роботи серед жінок.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кочмар О., Литвинова О. Здоров'язберігаюча стратегія: ключові детермінанти здоров'я. Збірник наукових праць. 2018.
2. Шафранський В.В., Дудник С.В. Стратегія досягнення збереження та благополуччя населення країни в умовах сучасних викликів в українському суспільстві. Україна. Здоров'я нації. 2018. Вип. 3. С. 118–122.
3. Грижибовський Я.Л. Глобальні та структурні детермінанти впливу на здоров'я населення. Україна. Здоров'я нації. 2018. Вип.4 (53). С. 77 – 83.
4. Шушмаров Д.Г. Детермінанти здоров'я населення крізь призму теорії життєвого курсу. Український журнал прикладної економіки. 2016. Том 1, №4. С. 166-176.
5. Шушмаров Д.Г. Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації. Демографія та соціальна економіка. 2015. №2 (24). С. 141-152.
6. Menatti L, Bich L, Saborido C. Health and environment from adaptation to adaptivity: a situated relational account. Hist Philos Life Sci. 2022. 44(3). 38. Published 2022 Aug 18.
7. Institute of Medicine (US) Committee on Women's Health Research. Women's Health Research: Progress, Pitfalls, and Promise. Washington (DC): National Academies Press (US).2010.
8. Aronson SJ, Rehm HL. Building the foundation for genomics in precision medicine. Nature. 2015. 526(7573). P. 336-42.
9. Bhatt RV. Environmental influence on reproductive health. Int J Gynaecol Obstet. 2000. 70(1). P. 69-75.
10. Ковалишин О.А. Сучасні аспекти патології пубертатного періоду. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики/ Perinatology and reproductology: from research to practice. 2022. №1(2). С. 36-49.
11. Yitshak-Sade M., Novack V., Katra I. Non-anthropogenic dust exposure and asthma medication purchase in children. Eur Respir Journal. 2015. №3. P. 652-660.
12. Хилько М. І. Екологічна безпека України: Навчальний посібник. К., 2017. 266 с.

13. Фізичні фактори довкілля та їх вплив на формування здоров'я населення України. Збірка тез доповідей науково–практичної конференції (шістнадцяті марзєєвські читання). Випуск 20 м. Київ 2020.

14. Мезенцева Н.І., Батиченко С.П., Мезенцев К.В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: Монографія. – К.: ДП «Прінт Сервіс». 2018. 136 с.

15. Балашов К.В., Могільницький А. О., Пасенко М.С., Слабкий Г.О., Гульчій О.П. Соціальні детермінанти здоров'я людини та суспільства: від проблем оцінки до розроблення практичних заходів. *Intermedical journal*. 2023. 1. С. 7- 18.

16. Social Determinants of Health, Race, and Diabetes Population Health Improvement: Black/African Americans as a Population Exemplar / F. Hill-Briggs, P.L. Ephraim, E.A. Vraney, K.W. Davidson, R. Pekmezaris, D. Salas-Lopez, C.M. Alfano, T.L. Gary-Webb. *Current Diabetes Reports*. 2022. Vol. 22. Iss. 3. P. 117–128.

17. Грижибовський Я.Л., Любінець О.В. Медико-соціальні детермінанти здоров'я (огляд світової літератури). *Укр. мед. Часопис*. 2020. 2 (136). Т. 2 – III/IV. С. 1- 6.

18. van Kessel R., Wong B.L.H., Clemens T., Brand H.. Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts. *Internet Interventions*. 2022. Vol. 27. Art. 100500.

19. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення: монографія. Тернопіль. 2017. 878 с.

20. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking–attributable disease: a report of the Surgeon General. – Rockville, MD: Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General. 2010. P. 704.

21. Little J., Cardy A., Munger R.G. Tobacco smoking and oral clefts: a meta–analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004. Vol. 82(3). P. 213–218.

22. Castles A., Adams E.K., Melvin C.L. et al. Effects of smoking during pregnancy: five meta–analyses. *Amer. J. Prevent. Med.* 1999. Vol. 16(3). P. 208–215.

23. Dube, S. R., K. Asman, A. Malarcher, and R. Caraballo. Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation—United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2009. 58(44). P. 1227–1232.

24. Luborsky, J. L., P. Meyer, M. F. Sowers, E. B. Gold, and N. Santoro. Premature menopause in a multi-ethnic population study of the menopause transition. *Human Reproduction*. 2003. 18(1). P. 199–206.

25. Diehl, A., B. Croissant, A. Batra, G. Mundle, H. Nakovics, and K. Mann. 2007. Alcoholism in women: Is it different in onset and outcome compared to men? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2007. 257(6). P. 344–351.

26. Гудзевич Л.С., Дубовик Л.О. Вплив психосоціальних чинників на стан репродуктивного здоров'я студентської молоді. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: педагогіка і психологія*. 2014. випуск 42. Ч. 2. С. - 128

27. Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Марушко Р.В., Дудіна О.О., Бондаренко Н.Ю. Сучасний стан репродуктивного потенціалу жінок України. *Репродуктивна ендокринологія*. 2020. №3(53). www.reproduct-endo.com/www.reproduct-endo.com.ua.

28. McEwen, B. S., Gianaros P. J. Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2010. 1186. P. 190–222.

29. Hawkey L. C., Cacioppo J. T. 2004. Stress and the aging immune system. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2004. 18(2). P. 114–119.

30. Pandey AK, Gupta A, Tiwari M, Prasad S, Pandey AN, Yadav PK, Sharma A, Sahu K, Asrafuzzaman S, Vengayil DT, Shrivastav TG, Chaube SK. Impact of stress on female reproductive health disorders: Possible beneficial effects of shatavari (*Asparagus racemosus*). *Biomed Pharmacother*. 2018. 103ю P. 46-49.

31. Lewinski A., Brzozowska M. Female infertility as a result of stress-related hormonal changes. *Gynecological and Reproductive Endocrinology and Metabolism* 2022. 3(2-3). P. 94-98.

32. Mourad W Seif, Kathryn Diamond, Mahshid Nickkho-Amiry. Obesity and menstrual disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015. 29(4). P. 516–27.

33. Калугіна АВ, Татарчук ТФ. Нові можливості корекції метаболічних порушень у жінок із СПКЯ. *Репродуктивна ендокринологія*. 2018.1(39). С. 27–30.

34. Загайко АЛ, Литкін ДВ. Порушення обміну статевих гормонів при ожирінні. *Український біофармацевтичний журнал*. 2017. 1(48). С. 4-10.

35. Damjanovic, A. K., Y. H. Yang, R. Glaser, J. K. Kiecolt-Glaser, H. Nguyen, B. Laskowski, Y. X. Zou, D. Q. Beversdorf, and N. P. Weng. Accelerated telomere erosion is associated with a declining immune function of caregivers of Alzheimer's disease patients. *Journal of Immunology*. 2007. 179(6). С. 4249–4254.

36. Barnett, R. C. 2004. Women and multiple roles: Myths and reality. *Harvard Review of Psychiatry*. 2004.12(3). С. 158–164.

37. Пасечко Н.В., Чукур О.О. Чинники ризику та прогнозування метаболічного синдрому в жінок перименопаузального віку, хворих на гіпотиреоз. *Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery / Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія*. 2021. С. 4 (76). С. 28-34.

38. Литвиненко К. О. Вплив ожиріння на репродуктивну функцію жінок (огляд літератури). *Український Науково-Медичний Молодіжний Журнал (УНММЖ)*. 2010. 57 (3). С. 57- 60.

39. Скорейко Р. С., Скорейко Н. Т. Вплив надмірної маси тіла на репродуктивну функцію жінок (огляд літератури). *Science and Education a New Dimension. Natural and Technical Sciences*. 2020.VIII(27), Issue: 224, С. 48- 50.

40. Паснок О. С/ Вплив надмірної маси тіла та ожиріння на розвиток порушень репродуктивної функції в жінок. *Міжнародний ендокринологічний журнал*. 2021. 17(7). Р. 575-580.

41. Жабченко І. А., Сюдмак О. Р., Коваленко Т. М. Ожиріння у жінки як причина репродуктивних проблем. *Health of woman*. 2017.10(126). С. 34–38.

42. Гламазда, М. Особливості менструальної функції у жінок з морбідним ожирінням. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2021. 9-10. С. 100–104.

43. Хиць А. Патогенетична роль естрогену у розвитку ожиріння. Укр. мед. Часопис. 2021. 2. С. 1-4.

44. Коритко О.О. Вплив надмірної маси тіла та ожиріння на фертильність і виношування вагітності. Международный эндокринологический журнал. 2016. № 7(79). С. 22- 26.

45. Mudrak O. V., Yermishev O. V., Mudrak H. V., Skrypnyk S. V. Environmental determinants of health of the population of Ukrainian regions in the context of sustainable development. Regulatory Mechanisms in Biosystems. 2023. 14(4). P. 523-530.

46. Levi J., S. Vinter L., Richardson R., Laurent St., Segal L. M.. Fas in Fat: How Obesity Policies Are Failing in America . Washington, DC: Robert Wood Johnson Foundation and the Trust for America's Health. 2009.

47. Циганенко О.І., Хоменко І.М., Маслова О.В., Першегуба Я.В., Терещенко Т.О., Склярова Н.В., Коломієць Т.В. Здорове та оздоровче харчування осіб, які займаються фітнесом // Під редакцією д. мед. н., проф. О.І. Циганенко. Київ. 2021. 240 с.

48 Ріпак М., Ріпак І. Особливості рухової активності жінок. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. Івано-Франківськ. 2019. 33. С. 72–78.

49. Biddle, S., and N. Mutrie. Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-being, and Interventions . 2nd ed. New York: Routledge. 2008.

50. Ріпак М. О. Місце рухової активності у структурі вільного часу дорослих жінок. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. 2017. 147(2). - С. 122-125.

51. Сорокіна С.О., Кудряшова Т.І. Мотиваційна зацікавленість жінок 30-50 річного віку до занять оздоровчими вправами. проблеми фізичного виховання і спорту 2011. 6. С. 123- 125.

52. Cramp, A. G., and L. R. Brawley. 2006. Moms in motion: A group-mediated cognitive-behavioral physical activity intervention. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2006. 3. С. 23.

53. Григус І., Човпило М., Ортенбургер Д. Роль фізичної активності в процесі фізичної реабілітації вагітних. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2018. 2(42). С. 102–110.

54. Nemoto, Y., Brown, W.J. Mielke, G.I. Trajectories of physical activity from mid to older age in women: 21 years of data from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2024. 21. С. 4.

55. Брега Л., Григус І. Перинатальні аспекти фізичної реабілітації неправильного членорозміщення при тазовому передлежанні та неправильному положенні плода. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт: журнал / уклад. А. В. Цьось, А. І. Альошина. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2015. Вип. 19. С. 120–124.

56. Ріпак М.О., Боднар І.Р. Особливості рухової активності дорослих жінок у вільний час. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. 2019. Випуск 5 К (113). С. 280- 285.

57. Барська Ю., Степурко Т., Семигіна Т., Тимошевська В. Здоров'я та (не)здорова поведінка українського населення: результати національного репрезентативного дослідження «Індекс здоров'я. Україна». Вісник АПСВТ, 2018. №2. С. 77- 92.

58. Dynnik, V., Dynnik O., Havenko, H., Volkova, Y., & Verchoshanova, O. (2023). Гормональні профілі та розлади адаптації у дівчат-підлітків з порушеннями менструального циклу і коморбідною патологією. *Здоров'я дитини - Zdorov'e Rebenka.* 2023. 18(5). С. 338–344.

59. Пасечко Н.В., Кульчінська В.М. Тривога та депресія у жінок репродуктивного віку з ураженнями щитоподібної залози. *Mižnarodnij endokrinologičnij žurnal.* 2022. 18(3). С. 157-162.